



CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA – UniCEUB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO E SAÚDE
CURSO DE NUTRIÇÃO

Perfil Alimentar e Comportamental de Pacientes Obesos Após a
Cirurgia Bariátrica

Aluna: Gabriella Melo Ponte Rodrigues
Professora Orientadora Ana Salomon

Brasília, 2018

INTRODUÇÃO

Segundo a OMS a obesidade é doença crônica caracterizada pelo acúmulo excessivo de tecido adiposo no organismo. Se tornou problema de saúde pública, isto porque as consequências para a saúde são muitas e variam do risco aumentado de morte prematura a graves doenças não letais, mas debilitantes, que afetam diretamente a qualidade de vida (TAVARES et al., 2010)

Em 10 anos, a prevalência da obesidade passou de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016, atingindo quase um em cada cinco brasileiros. Esses dados fazem parte da Pesquisa de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel) realizada pelo Ministério da Saúde em todas as capitais do país. O resultado é referente as respostas de entrevistas realizadas de fevereiro a dezembro de 2016 com 53.210 pessoas maiores de 18 anos das capitais brasileiras (MINISTERIO DA SAUDE, 2016).

Umas das causas da obesidade é, a falta de acesso a uma alimentação saudável que fornece a quantidade de nutrientes necessários para levar uma vida saudável e ativa. Um fator de risco para o desenvolvimento de obesidade e outras doenças não transmissíveis é uma dieta baseada em produtos com alta densidade calórica, ou seja, ricos em açúcar, sal e gordura (SANTIAGO, 2017).

De acordo com o com o consenso de 1991 do NIH (Instituto Nacional de Saúde norte-americano), a cirurgia foi considerada, e se mantém, como o único tratamento efetivo para pacientes que já apresentaram insucesso com tratamento clínico prévio. No Brasil, a partir de 2000, o Ministério da Saúde incluiu o tratamento cirúrgico da obesidade mórbida entre os procedimentos cobertos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), e estabelece critérios para sua indicação.

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, a cirurgia bariátrica, mais popularmente conhecida como redução de estômago, é a junção de técnicas com respaldo científico destinadas ao tratamento da obesidade e das doenças associadas ao excesso de gordura corporal ou agravadas por ele (SBCBM,2011).

O paciente candidato ao procedimento deve ser avaliado por médicos especializados e ter como critérios: Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 40Kg/m² ou acima de 35Kg/m² com comorbidades graves envolvidas, além de não ter obtido sucesso com técnicas não cirúrgicas (GOVEA et al., 2016).

Em complemento aos requisitos referentes ao peso e às comorbidades, em 1991 o Instituto Nacional em Saúde dos Estados Unidos passou a encorajar abordagem multidisciplinar do candidato no período pré-operatório, incluindo a avaliação psicológica anterior à operação. No Brasil, o número de cirurgias bariátricas praticamente quadruplicou, aumentando de 16.000 em 2003, para 60.000 em 2010 (FLORES, 2014).

O nutricionista tem um papel fundamental no acompanhamento do paciente, principalmente no que diz respeito à adaptação da nova dieta para o indivíduo. Ele quem dará as orientações sobre o fracionamento das refeições, pois após a cirurgia isso é completamente modificado, a quantidade a ser ingerida, que é inferior ao que ele comia antes do procedimento cirúrgico, as substituições que forem necessárias, devem ter início no ato da decisão pela cirurgia para que aos poucos, o indivíduo vá se adequando a sua nova alimentação dentro das suas limitações e tolerâncias (ANDRADE et al.,2012).

Esse estudo objetiva estudar e conhecer o perfil alimentar e comportamental de pacientes obesos após a cirurgia bariátrica, bem como o acompanhamento deste paciente junto a equipe multidisciplinar, visando reconhecer o papel do nutricionista na educação alimentar nesse processo, e verificar se há alguma relação entre os transtornos com o pós cirúrgico. A vista disso, este trabalho irá descrever os efeitos da cirurgia bariátrica tardio, e como o sucesso no pós cirúrgico está ligado com a mudança alimentar e comportamental do paciente envolvido.

METODOLOGIA

Desenho do estudo

Este estudo constituiu-se de revisão crítica e integrativa de literatura científica realizado por meio de pesquisa em bases de dados relativos ao perfil alimentar e comportamental de pacientes após cirurgia bariátrica englobando as diversas técnicas utilizadas hoje.

Metodologia

Foi um realizado estudo de revisão científica de literatura de artigos científicos, no período de 2008 a 2018, publicados em revistas científicas e bases de pesquisas retirados do Scientific Electronic Library Online SCIELO, PUBMED, e Biblioteca Virtual em Saúde, Ministério da Saúde (Brasil), utilizando-se os descritores combinados: bariatric sugery/ Cirurgia Bariátrica and, comportamento alimentar/ food behavior and obesity/Obesidade, período pós operatório/ postoperative period.

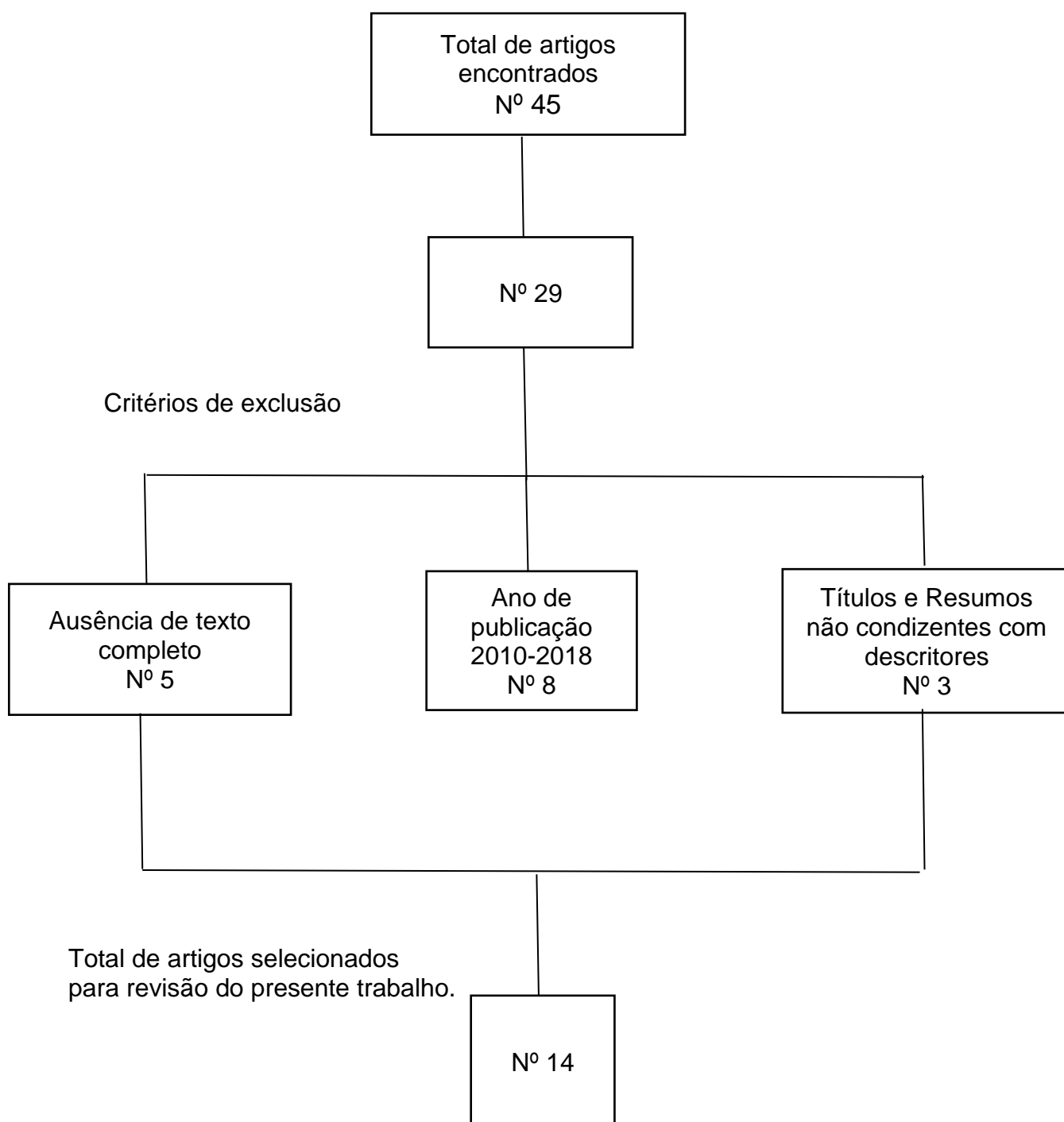
Foram selecionados artigos em português e inglês de autores reconhecidos na área de estudo dos transtornos alimentares, obesidade e cirurgia bariátrica.

O critério de inclusão para os estudos foram àqueles que tiverem título que continham referências aos descritores, que abordassem a temática proposta e que responderam à pergunta do estudo. Foram excluídos artigos que só tinham disponibilidade do resumo ou estudos que não tinham disponibilidade na íntegra, e títulos que não condisseram com os descritores.

A leitura dos artigos foi feita através da interpretação dos resultados obtidos das diversas pesquisas selecionadas para a revisão do trabalho.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Mediante os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, de 45 artigos encontrados, somente 29 deles, foram analisados e utilizando os critérios de exclusão somente 14 deles foram utilizado para a revisão.



1. REVISÃO DE LITERATURA

1.1 OBESIDADE E SUAS CONSEQUÊNCIAS

A obesidade tem sido descrita como um importante problema de saúde pública e vem ganhando destaque no cenário epidemiológico mundial. Sua prevalência aumentou nas últimas décadas em todo o mundo, inclusive nos países em desenvolvimento, como o Brasil, onde anteriormente predominavam os problemas relacionados à desnutrição (ENES et al, 2010).

A causa da obesidade tem relação com o sedentarismo associado a alta ingestão calórica levando a um desequilíbrio energético no corpo, e consequentemente o acúmulo de gordura, também está ligada fatores genéticos, nível socioeconômico, fatores psicológicos, desmame precoce, estresse, entre outros. A obesidade leva ao aparecimento de diversas doenças crônicas não transmissíveis como: hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, hiperlipidêmicas, entre outras (KIRCH, 2017).

Como consequência, a obesidade diminui a qualidade de vida e até a esperança média de vida (entre cinco a oito anos), uma vez que aumenta o risco de aparecimento de outras doenças que podem ser mortais, como exemplo as cardiovasculares. E se esse aumento exponencial da obesidade continuar, àquilo que a medicina tem estudado para aumentar a expectativa de vida da população, pode entrar em retrocesso. (PEREIRA, 2011).

1.2 OBESIDADE E TRANSTORNOS ALIMENTARES

Segundo Alvarenga 2010 “Transtornos alimentares (TA) são distúrbios psiquiátricos de etiologia multifatorial caracterizados por consumo, padrões e atitudes alimentares extremamente perturbadas e excessiva preocupação com o peso e a forma corporal.”

Há evidências de que, em indivíduos obesos, comportamentos de compulsão alimentar ou restrição, são frequentes e parecem ser, pelo menos em parte,

responsáveis pelos fracassos observados no tratamento da obesidade (PRADO et al, 2011).

Obesos em tratamento apresentam maiores níveis de sintomas depressivos, ansiedade, transtornos alimentares, de personalidade e distúrbios da imagem corporal. Essa postura pode ser justificada pelo fato de que não é necessária a presença de psicopatologia para o aparecimento da obesidade (FERREIRA et al, 2010).

1.3 CRITÉRIOS PARA CIRURGIA BARIÁTRICA

Segundo a Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica e Metabólica, pacientes sujeitos ao procedimento cirúrgico devem atender a quatro critérios: IMC, Idade, Doenças Associadas e Tempo da doença.

Sendo que em relação ao IMC, paciente deve apresentar acima de 40kg/m^2 independente da presença de comorbidades, e que não tenham tido sucesso em outros tratamentos, entre 35kg/m^2 e 40kg/m^2 associadas a comorbidades, e IMC entre 30kg/m^2 e 35kg/m^2 na presença de comorbidades que tenham obrigatoriamente a classificação “grave” por um médico especialista na respectiva área da doença. Em relação ao tempo da doença o paciente deve apresentar IMC estável há pelo menos dois anos e comorbidades em faixa de risco além de ter realizado tratamentos comuns prévios. E terem tido insucesso e volta do peso, verificados por meio de dados colhidos no histórico clínico do paciente (SBCBM, 2017) .

Critérios de indicação para cirurgia bariátrica em adolescentes levam em conta o IMC, à semelhança dos adultos. Assim sendo, a cirurgia é indicada para os pacientes com $\text{IMC} > 40\text{ kg/m}^2$ ou $\text{IMC} > 35\text{ kg/m}^2$ quando associado a pelo menos uma comorbidade de difícil controle clínico, tais como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, apnéia obstrutiva do sono, dentre outras. Nesta população, é importante destacar a necessidade de atingir a maturidade puberal (estágio IV ou V de Tanner) e/ou desenvolvimento físico avaliado pela idade óssea (aproximadamente 95% da altura do indivíduo adulto com idade óssea semelhante). Avaliando esses critérios e considerando a idade do adolescente, observa-se que a maioria dos adolescentes do sexo masculino acima dos 15 anos e do sexo feminino acima dos 13 anos, já atingiram esses critérios de desenvolvimento físico/puberal, o que autorizaria a realização do tratamento cirúrgico em uma população mais jovem do que a atualmente proposta pela legislação (CARAVATTO et al, 2014).

Para o procedimento cirúrgico como controle da obesidade, há algumas contraindicações como: limitação intelectual significativa em pacientes sem suporte familiar adequado, quadro de transtorno psiquiátrico não controlado, incluindo uso de álcool ou drogas ilícitas; no entanto, quadros psiquiátricos graves sob controle não são contra indicações obrigatórias à cirurgia; doença cardiopulmonar grave e descompensada que influencie a relação risco-benefício, hipertensão portal, com varizes esofagogástricas; doenças imunológicas ou inflamatórias do trato digestivo superior que venham a predispor o indivíduo a sangramento digestivo ou outras condições de risco, síndrome de Cushing decorrente de hiperplasia na suprarrenal não tratada e tumores endócrinos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

1.4 ACOPANHAMENTO MULTIDISSIPLINAR, PAPEL DO NUTRICIONISTA

O paciente sujeito a cirurgia bariátrica deve ter um o acompanhamento com uma equipe multiprofissional, a fim de fornecer condições para que o paciente perceba a dimensão do processo ao qual será submetido, visto que seus hábitos alimentares após a cirurgia sofrerão mudanças significativas. Por essa razão, inicia-se o ajuste na alimentação ainda no pré-operatório, preparando-o para os novos hábitos alimentares no pós-operatório (MATTOS et al, 2010).

O aconselhamento nutricional no período pré-operatório contribui para maior taxa de sucesso no pós operatório, e objetiva promover perda de peso inicial, reforçar a percepção do paciente de que a perda de peso é possível quando o balanço energético se torna negativo, identificar erros e transtornos alimentares, informar as mudanças significativas pelas quais ele atravessará, iniciar ajustes na alimentação do indivíduo, promover expectativas reais de perda de peso, preparar o paciente para a alimentação e novos hábitos no pós-operatório e verificar o potencial do paciente para o sucesso da operação. Esse acompanhamento é fundamental para diminuir os riscos do tratamento cirúrgico e melhorar os resultados pós-operatórios (MAGNO et al, 2014).

Os pacientes submetido à cirurgia bariátrica, apresentam um maior risco de desenvolver deficiências nutricionais, devido, principalmente, à exclusão de partes do trato gastrointestinal prejudicando a absorção eficiente dos nutrientes evidenciando que, as técnicas cirúrgicas com características disabsortivas exercem um maior

impacto na absorção de vitaminas e minerais e frequentemente resultam em deficiências nutricionais. Desta forma é fundamental o acompanhamento clínico nutricional de todos os pacientes submetidos à cirurgia bariátrica a fim de garantir a manutenção da perda de peso de forma saudável (BORDALO, 2011).

1.5 SUCESSO CIRÚRGICO E TRANSTORNOS ALIMENTARES

A cirurgia bariátrica é hoje utilizada como forma de tratamento mais eficaz da obesidade grave, resulta geralmente na perda de peso, e melhora das comorbidades. Porém segundo Engel, 2012

“A patologia alimentar é frequente em pacientes sujeitos a CB, antes da cirurgia, e podem persistir ou emergir após a cirurgia. Transtornos da compulsão alimentar periódica (DE), na “perda de controle” da alimentação e em outros comportamentos alimentares desadaptativos como “pastoreio” e alimentação noturna, uma vez que eles têm sido razoável e consistentemente ligados à perda de peso acenuada e / ou maior ganho de peso após a cirurgia. De fato, a compulsão alimentar está presente em grande parte desses pacientes”.

O resultado da cirurgia vai estar ligado ao sucesso do próprio ato cirúrgico sem complicações, a redução acentuada do peso, e pela adesão aos hábitos saudáveis na vida cotidiana do operado, sem os sofrimentos limitantes. O resultado é assegurado quando há remissão ou melhora das patologias associadas (hipertensão, diabetes, dislipidemia, problemas, apneia do sono, entre outras) e desenvolvimento na qualidade de vida da pessoa, vindo da resignificação de valores sobre o corpo e de padrões de hábitos cotidianos para superação dos problemas psicossociais (MARCELINO et al, 2011).

Os benefícios da redução de peso através da cirurgia bariátrica são vários, porém toda a equipe multidisciplinar deve estar atenta ao aparecimento de deficiências nutricionais associadas à perda de peso, sendo importante o diagnóstico precoce, o monitoramento, a investigação e a intervenção para a garantia do sucesso esperado da cirurgia (HUTH et al, 2012).

Perante isso, o quadro 1 apresenta, resultados de estudos que tiveram como objetivo mostrar os efeitos da cirurgia bariátrica a logo prazo, bem como os efeitos causados por esse procedimento.

Quadro 1- Resultados dos estudos encontrados

Autor/ Ano	População Idade	Resultados Principais
ANDRADE et al, 2012	6 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica há cinco anos atrás ou mais Com idades entre 28 a 37 anos	Do público estudado, foi visto que a Cirurgia Bariátrica trouxe um novo estilo de vida, trazendo benefícios em relação a perda de peso, que foi bastante evidente mesmo após 5, 6 anos de cirurgia. Quanto ao acompanhamento nutricional foi visto que poucos dos pacientes aderiram após a cirurgia, embora saibam da importância do nutricionista nesse momentos.
PEIXOTO et al, 2010	Público submetido a cirurgia bariátrica, sendo 93,3 % do sexo feminino, e 6,66 % do sexo masculino.	Em relação ao peso, verificou-se que a média do peso máximo que apresentaram antes da cirurgia foi de 127 kg, e após a cirurgia a média encontrada foi de 70 kg. Ou seja uma perda de 57 kg. Observou-se também que muitos pacientes, mesmo após um ano ou mais de cirurgia, sentiam-se extremamente preocupados com o ganho de peso.
BARBOSA et al, 2017	49 pacientes, sendo 19 de pré-operatório de cirurgia bariátrica (CB) e 30 de pós-operatório. Houve predominância do sexo feminino (83,7%) e a média de idade dos pacientes foi de 43 ± 10 anos.	Os pacientes que reganharam peso após a cirurgia apresentaram maior presença de alimentação emocional quando comparado ao grupo dos pacientes que não obtiveram reganho. Porém foi visto que após a cirurgia os pacientes possuíam maior controle em relação a alimentação.
MARCELINO et al, 2008	6 pessoas com idades entre 24 a 47 anos, residentes de Tubarão-SC, sendo 5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino	O público estudado relatou efeitos positivos da cirurgia bariátrica, visto que eles conseguiram atingir metas de perda de peso, assim aumentando a auto estima, melhorando o convívio social, e se tornando mais apto às mudanças alimentares, porém relataram que no início do pós cirúrgico é mais complicado por conta das dores e desconfortos, alguns relataram a dificuldade e receio de se alimentar para evitar reganho de peso, causando conflitos dentro de casa, e ressaltaram a importância dos profissionais nesse processo de mudança.
PEDROSA ET AL, 2009	Participaram do estudo 205 pacientes de ambos os sexos	Foi observado no estudo que muitos dos pacientes demonstraram melhoras nas comorbidades associadas, ocorrendo remissão em até 100% dos casos. Porém quanto aos sintomas clínicos-nutricionais, os pacientes demonstraram intolerância alimentar, vômitos e alopecia no pós operatório.

MACHADO et al, 2008	50 pacientes, sendo 43 do sexo feminino e 7 do sexo masculino	Foi visto no estudo que antes da cirurgia bariátrica o paciente possuía muito mais relação emocional com a comida, do que no pós operatório, pois estes tinham mais controle e rigidez quanto a alimentação. Quanto às respostas compensatórias diante dos motivos ligados aos episódios compulsivos, os pacientes antes da operação recorriam a atitudes que aliviassem o estado emocional, como recorrer aos doces, petiscos e comer de forma desordenada tudo que estivesse ao seu alcance. Após o procedimento cirúrgico a alimentação permaneceu como recurso de alívio para situações conflituosas.
NOVAIS et a, 2010	141 mulheres, a maioria da cor branca com idades média de 44+- 10 anos.	Confirmou que a maior perda de peso ocorre até o sexto mês após a cirurgia, e as reduções posteriores não são tão sensíveis aos testes estatísticos nos grupos três e quatro anos de cirurgia. A redução de peso mostrou-se significativa também aos dois anos da cirurgia, enquanto no grupo com mais de cinco anos a redução foi significativa em um ano da cirurgia. A recuperação do peso pode ocorrer devido a processos de adaptações fisiológicas no trato gastrointestinal que acontecem com o passar do tempo, pela falta de adaptação ao novo estilo de vida, maus hábitos alimentares que o indivíduo já possuía antes mesmo da cirurgia.
MOTA et al, 2014	Participaram do estudo 50 mulheres com idades entre 20 a 60 anos, com IMC superior a 40 kg/m ² ou maior 35 kg/m ² , com patologias associadas à obesidade.	Em relação ao Estado Nutricional foi visto que a maioria das participantes apresentavam obesidade grau III, com comorbidades associadas, e que após o procedimento cirúrgico foi visto melhoras dessas patologias. Apesar da perda ponderal e melhora dos sintomas de ansiedade e depressão após o procedimento cirúrgico, as participantes do presente estudo continuaram apresentando distúrbios em relação a alimentação, levando a vômitos, déficits nutricionais.
SILVA, FBL, 2012	144 indivíduos realizado em pacientes de ambos os sexos, com dois anos ou mais de pós cirúrgico.	Diante do estudo, foi visto que tiveram pacientes que perderam peso após o procedimento cirúrgico e se mantiveram estáveis, mas também tiveram aqueles que ganharam peso. Foi visto também que apesar do acompanhamento nutricional pré e pós operatório o paciente tem dificuldade de se adaptar a essa nova realidade alimentar. E apenas 30% da amostra era assídua ao acompanhamento nutricional.

WHITE et al, 2010	Estudo com 360 pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, aos 6, 12 e 24 meses após a cirurgia.	Antes da cirurgia os pacientes possuíam perda de controle sobre a alimentação, após o procedimento esse comportamento diminuiu em alguns dos participantes, porém quanto maior o tempo de pós cirúrgico os valores aumentavam. Pacientes perderam menos peso após 12 e 24 meses de cirurgia.
-------------------	--	--

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos estudos apresentados vimos que muitos pacientes demonstram compulsões alimentares, porque antes mesmo da cirurgia o transtorno já existia, a comida era vista como forma de fuga de problemas, pra situações em que eles se encontravam ansiosos, estressados, e depois da bariátrica esses mesmo pacientes , continuaram demonstrando compulsões alimentares, só que agora era o receio de comer, receio de engordar, levando o paciente a desenvolver anorexia nervosa, bulimia, e outros transtornos envolvendo situações sociais.

A cirurgia se mostrou bastante efetiva em relação a diminuição das doenças crônicas não transmissíveis como diabetes, HAS, porém ainda tiveram pacientes que não obtiveram sucesso por não se adaptar a essa nova realidade, e a cirurgia que era pra ser positiva na qualidade de vida desses indivíduos os tornou mais “doentes”, isso porque o paciente pós operado possui maior risco de apresentar deficiências nutricionais, e com os comportamentos alterados em relação a comida, normalizar isso se torna mais difícil.

Portanto é necessário que esses pacientes passem por um critério de seleção mais apurado, como um acompanhamento maior antes da cirurgia bariátrica, afim de detectar a presença de algum transtorno, e que após a cirurgia o acompanhamento nutricional seja mais rigoroso. Porque por mais que eles saibam da importância poucos continuam com o acompanhamento.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M. S.; SCAGLIUSI, F. B.; PHILIPPI, S. T., Comportamento de risco para transtorno alimentar em universitárias brasileiras, **Rev. psiquiatr. clín.** vol.38 no.1 São Paulo, 2011.

ANDRADE, R. D., Silveira, V. F. S. B., Silva M. M. F., Reis, T. N., **Resultados da cirurgia bariátrica a longo prazo**, **Revista Ciências et Praxis** v. 6, n. 10, Passos-Minas Gerais, 2012.

BARBOSA, K. B. F., Conceição, A. M. S., SOUZA, M. F. C., Jesus, A. D., Comportamento Alimentar de Pacientes de Pré e Pós-cirurgia bariátrica, **Revista Brasileira de Obesidade, Nutrição e Emagrecimento**, v.11. n.63. p.187-196. São Paulo, Maio./Jun. 2017.

BORDALO Livia A., MOURÃO Denise Machado, BRESSAN Josefina, Deficiências nutricionais após cirurgia bariátrica Por Que Ocorrem?, **Revi .Acta Med Port** , v.24 n.4: 1021-1028, 2011.

BRASIL, **Sociedade Brasileira de Cirurgia Bariátrica**. Disponível em: <<http://www.sbcbr.org.br>>. Acesso em 18/09/2017.

BRASIL, **Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia**. Disponível em: <<https://www.endocrino.org.br/>>. Acesso em: 10/09/2017.

CARAVATTO, P. P.; PETRY, T.; COHEN, R.; Cirurgia Bariátrica em adolescentes, **Rev. Blucher Medical Proceedings**, v. 1 , n 4. Novembro de 2014.

ENES, Carla Cristina. STARLER, Betzabeth, Obesidade na adolescência e seus principais fatores determinantes, **Revista Bras. Epidemiol**, v.13 n.1 163-171, São Paulo, 2010.

FERREIRA, V. A.; WANDERLEY, E. N., Obesidade: uma perspectiva plural, **Revista Ciênc. saúde coletiva** vol.15 no.1, Rio de Janeiro, Janeiro 2010.

FLORES, C.; A., Avaliação psicológica para cirurgia bariátrica: práticas atuais, **ABCD, arquivos brasileiros de cirurgia digestiva** vol.27 supl.1 São Paulo, 2014.

HUTH, Adriane, SUTIL, Daniela, Complicações nutricionais no pós-operatório de cirurgia bariátrica, **Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul**, 2012.

KIRCH, Jessica da Rosa., Obesidade, causas e o tratamento à luz da psicanálise, **Universidade Regional do Noroeste do estado do Rio Grande do Sul – UNIJUI**, Dissertação para graduação de psicologia, 2017

MACHADO, Cristiane Evangelista; ZILBERSTEIN, Bruno; CECCONELLO, Ivan; MONTEIRO, Marlene. Compulsão alimentar antes e após a cirurgia bariátrica. **ABCD Arq. Bras. Cir. Dig.** v.21 n.4,p.181-191, 2008.

MAGNO. F. C. C. M., SILVA. M. S., COHEN. L., SARMENTO. L. A. , ROSADO. E. L. CARNEIRO. J. R. I., Perfil nutricional de pacientes em programa multidisciplinar de tratamento da obesidade grave e em pré-operatório de cirurgia bariátrica, **Rev. ABCD Arq Bras Cir Dig** **2014**, v 27 n 131-34, Rio de Janeiro, 2014.

MARCELINO. F.; L.; PATRICIO. Z.; M., A complexidade da obesidade e o processo de viver após a cirurgia bariátrica: uma questão de saúde coletiva, **Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL)**, Campus Tubarão-SC, 2011.

MATTOS. F. C. C.; FROSSARD. R. C.; COHEN. L.; ROSADO. E. L.; Adesão e eficácia do acompanhamento nutricional no pré-operatório de pacientes submetidos a gastroplastia redutora em Y de Roux em um Hospital Federal Militar do Rio de Janeiro, 2009, *11f*, Instituto de Nutrição **Unidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)**, 2010.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/>. Acesso em 18/09/2017.

MOTA, D.C.L.; COSTA, T.M.B.; ALMEIDA, S.S. Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. **Psicologia: Teoria e Prática**.Vol. 16. Num. 3. 2014. p. 100-113, São Paulo.

NOVAIS, Patrícia Fátima Sousa; JUNIOR, Irineu Raser; LEITE, Celso Vieira de Souza; OLIVEIRA, Maria Rita Marques de. Evolução e classificação do peso corporal em relação aos resultados da cirurgia bariátrica – derivação gástrica em Y de Roux. **Arq. Bras. Endocrinol. Metab.** Vol. 54, n.º 3, 2010.

PEDROSA, Isabella Valois; BURGOS, Maria Goretti Pessoa de Araújo; SOUZA, Niedja Cristina; MORAIS, Caroline Neves de. **Aspectos nutricionais em obesos antes e após a cirurgia bariátrica**. Ver. Col. Bras. Cir. 36(4): 316-322, 2009.

PEIXOTO. J. S., Ganem K. M G., Prevalência De Transtornos Alimentares Pós-Cirurgia Bariátrica, **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 3, n. 3, p. 353-358, set./dez. 2010.

PEREIRA, Tânia Felipa Campeão, Obesidade: A epidemia do século XXI?, 2007, 15f, Dissertação - **Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro Portugal**, 2007.

PRADO.S.D.; BOSI. M.L.M.;CARVALHO.M.C.V.S.; GULGELMIN. S.A.; MATTOS. R.A.; CAMARGO JUNIOR. K. R; KLOTZ. J.; DELMASCHIO. K.L.; MARTINS. M. L.R., Alimentação e nutrição como campo científico autônomo no Brasil: conceitos, domínios e projetos políticos, **Revista de Nutrição**, vol.24, n.6, p.927-937, nov./dez.,Campinas, 2011

SANTIAGO. **Panorama de Segurança Alimentar e Nutricional 2016**, América Latina e Caribe, Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) e Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS),2017.

SANTOS M. A.,R. D.; CONCENELLO I.,Tratamento cirúrgico da obesidade mórbida implicações gestacionais, **Revista. Associação Medicina Brasileira**. vol.56 no.6 São Paulo ,2010.

SILVA, F.;B.; L. Fatores associados ao reganho de peso após 24 meses de gastroplastia redutora em y-de-Roux. Dissertação de Mestrado em Nutrição Humana. **Universidade de Brasília**, 2012.

TAVARES, T. B.; NUNES S. M.; SANTOS M. O., Obesidade e Qualidade de vida: revisão de literatura, **Revista Medicina Minas Gerais**; v. 20 n. 3, 2010.

TRINDADE. M. R M., Belline. S. C. V., Diemen. V. V., Blume. C. A., Zanella. E. P., Trindade E. N., Cirurgia para tratamento da obesidade mórbida: princípios básicos, **Revista HCPA**. 2013; v.33,n.2:142-149, Porto Alegre 2013.

WHITE, M.A.; KALARCHIAN, M.A.; MASHEB, R.M.; MARCUS, M.D.; GRILLO, C.M. **Loss of control over eating predicts outcomes in bariatric surgery: a prospective 24-month follow-up study**. **Journal of Clinical Psychiatry**, v.71, n.2, p.175-184, 2010

